

בית הספר למדעי הבריאות

החוג לסיעוד שנת הלימודים תש"ף

אני הח"מ, שם _____ ת"ז _____

כתובת _____ טלפון _____

מאשר בזאת כדלקמן :

1. הגשתי מועמדותי להתקבל כסטודנט בביה"ס למדעי הבריאות במכללה האקדמית אשקלון בחוג לסיעוד.
2. ידוע לי ובחתימתי על מסמך זה, אני מאשר כי :

א. שעל-פי תקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי-חולים) התשמ"ט-1988 -סעיף 5 (א) :

"זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר שהוכיח להנחת דעתה של אחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וכי לא הורשע בעברה שדינה מאסר שיש בה לדעת האחות הראשית כדי למנוע עיסוק בסיעוד".

ב. שעל-פי תקנות בריאות העם (צוות סיעוד במרפאות) התשמ"א-1981-סעיף 11 :

"המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים המורים בתקנה 4, אם המבקש הורשע בעברה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק בסיעוד וטרם חלפו עשר שנים אחרי שריצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52 (ב) לחוק העונשין, התשל"ז – 1977, הכל לפי העניין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו"

ג. שעל-פי חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים תשמ"א-1981-סעיף 6 :

"מסירת מידע לשם פעולה מי שהוסמך על-פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רישיון, היתר זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן-זכות) ולשם כך הוא רשאי על-פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשטרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך".

- ד. כל הרשאה פלילית תיבדק גם לקראת הדיוק ברישום המועד/ת בפנקס או שדרוגו המקצועי למועמד תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

חתימת המועמד/ת _____ תאריך _____

*נא למלא את הדף הנוסף**

בית הספר למדעי הבריאות - חוג לסיעוד

טופס הצהרה על היעדר הרשעה בעברה פלילית

1. אני, הח"מ _____ ת"ז _____ מצהיר/ה בזאת כי הורשעתי / לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל.
אם הורשעת, נא פרטי את דבר העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדויק, ובמידה ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות עילה להפסקת לימודי, זאת לאחר שתיתנן לי זכות לשימוע.

3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים תשמ"א -1981-סעיף 6, אני, הח"מ, מסכים/ה כי יועבר למשרד הבריאות מידע על הרשאות מהמרשם הפלילי המתייחס אליי, וכן אני מסכים/ה שיימסר מידע כאמור מרשויות ההסמכה בארץ ובחו"ל.

אני מוסר/ת מידע זה מתוך ידיעה שיישמר בסוד וכי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד ורישום בפנקס האחות או שדרוג מקצועי.

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מס' תעודת זהות _____ מס' טלפון (רצוי נייד) _____

חתימת המועמד/ת _____ תאריך _____